MOTIVO DA EXCLUSÃO

☐ Demissão ou exoneração sem justa causa ☐ Demissão ou exoneração com justa causa ☐ Aposentadoria
☐ outro

Se demitido, informar a data de demissão: ____/____/____

O beneficiário contribuía para o pagamento do plano de saúde? ☐ sim ☐ não

*Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato? ☐ sim ☐ não

*Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa? ☐ sim ☐ não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:

Opção exercida: ☐ Continuidade do benefício ☐ Não continuidade do benefício ☐ Data da Opção ____/____/____

* Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde? ____ anos ____ meses ____ dias

** Beneficiário contributário é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.*

_____ de _____ de _____ .

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

PARA USO EXCLUSIVO - SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL

Observações:

Data: Assinatura com Carimbo:

São Cristóvão saúde

ANS-nº 31421-8

FICHA DE MOVIMENTAÇÃO

Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia para Pequenas e Micro Empresas

São Cristóvão saúde

Contrato N.º

Contratante: Código:

Motivo do Preenchimento e Legendas:

Inclusão: ☐ Beneficiário ☐ Dependentes ☐ Alteração Cadastral ☐ Alteração de Plano *Exclusão: ☐ Beneficiário ☐ Dependentes

Estado Civil: S - Solteiro (a) C - Casado (a) V - Viúvo (a) O - Outros
Grau de Parentesco (GP) : C - Cônjuge F - Filho (a) O - Outros Sexo: F - Feminino M - Masculino

**Obrigatório preenchimento do quadro "Motivo da Exclusão", última página.*

01. CATEGORIA DO PLANO

Declaro que entre as opções de categoria e padrões de acomodação (Apartamento ou Quarto Coletivo) de plano oferecidas bem como a opção de Resgate, conforme especificado nas condições gerais do presente contrato as quais me foram apresentadas e tenho conhecimento, assinalando abaixo minha decisão:

☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 E CO-PARTICIPATIVO
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 10 A CO-PARTICIPATIVO
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 E CO-PARTICIPATIVO
☐ SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL 20 A CO-PARTICIPATIVO
☐ REFERÊNCIA (454.942/06-2)
☐ OPÇÃO DE RESGATE

02. BENEFICIÁRIO

Nome | Data Nasc. | Sexo | Est. Civil

C.P.F. do Beneficiário | R.G. do Beneficiário | Orgão Exp. | PIS PASEP | Matrícula

Número CNS - Cartão Nacional do SUS

Nome da Mãe do Beneficiário | R.G. | Orgão Exp.

Nome do Responsável (caso o beneficário seja menor de 18 anos) | R.G. | Orgão Exp.

Endereço Av. / Rua / Al. | N.º | Complemento | Mensalidade R$

Bairro | Município | CEP | U.F.

(DDD) Tel. Residencial | (DDD) Celular | Email

03. DEPENDENTES

01 DEPENDENTE
Nome Dependente | Número CNS - Cartão Nacional do SUS
Data Nasc. | C.P.F. | R.G. | Orgão Exp. | Sexo | Est. Civil | G.P. | Valor Mensalidade R$
Nome da Mãe | Matrícula

02 DEPENDENTE
Nome Dependente | Número CNS - Cartão Nacional do SUS
Data Nasc. | C.P.F. | R.G. | Orgão Exp. | Sexo | Est. Civil | G.P. | Valor Mensalidade R$
Nome da Mãe | Matrícula

03 DEPENDENTE
Nome Dependente | Número CNS - Cartão Nacional do SUS
Data Nasc. | C.P.F. | R.G. | Orgão Exp. | Sexo | Est. Civil | G.P. | Valor Mensalidade R$
Nome da Mãe | Matrícula

04 DEPENDENTE
Nome Dependente | Número CNS - Cartão Nacional do SUS
Data Nasc. | C.P.F. | R.G. | Orgão Exp. | Sexo | Est. Civil | G.P. | Valor Mensalidade R$
Nome da Mãe | Matrícula

05 DEPENDENTE
Nome Dependente | Número CNS - Cartão Nacional do SUS
Data Nasc. | C.P.F. | R.G. | Orgão Exp. | Sexo | Est. Civil | G.P. | Valor Mensalidade R$
Nome da Mãe | Matrícula

04. VALORES TOTAIS

Mensalidades R$ | Valor Resgate R$ | Total R$

Assinatura Resp. pela Empresa e Carimbo

Assinatura Beneficário ou Responsável / Data

FMPME 01/2016

Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária

São Cristóvão saúde

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1) No preenchimento dessa **Declaração de Saúde**, o **Proponente** tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.

2) A **Declaração de Saúde** tem por objetivo registrar a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s), como sendo aquelas que o Proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a sí próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas 2 (duas) opções :

a) **Cobertura Parcial Temporária:** é aquela que admite num prazo determinado, para Doença(s) e /ou Lesão(ões) Preexistente(s) – DLP, declaradas na Entrevista Qualificada, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, previstos na Resolução Normativa nº 82, de 29/09/2004, da ANS.

4) A omissão de informações sobre a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) da qual o **Proponente** saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração pode acarretar na suspensão ou cancelamento do **Contrato**. nesse caso, o **Proponente** será responsável pelo pagamento das despesas realizadas como o tratamento de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) omitidas, a partir da data em que tiver recebido comunicaçãoou notificação da operadora a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) não declaradas.

PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PELO PROPONENTE DE PRÓPRIO PUNHO, SEM RASURAS, INDEPENDENTE DO AUXÍLIO DO MÉDICO ORIENTADOR.

S = Sim / N = Não

	PERGUNTAS Caso haja respostas afirmativas, especifique no "Quadro Descritivo", na próxima página.	DEPENDENTES Titular	1	2	3	4	5
A	Alguma internação anterior?						
B	Alguma cirurgia anterior?						
C	Está em tratamento regular de alguma doença? Qual?						
	TEM OU TEVE:						
1	Doenças do aparelho Cadio-vascular: pressão alta, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infarto, angina, derrame, entre outras?						
2	Doenças pulmonares: asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras?						
3	Doenças do aparelho digestivo: gastrite, úlcera, colite, doenças hepáticas, diverticulite, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, doenças de Crohn, engasgos de repetição,alterações anais, pedra na vesícula, entre outras?						
4	Doenças infecto-contagiosas: Hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, chagas, entre outras?						
5	Doenças imunológicas: AIDS, HIV e suas complicações, entre outras?						
6	Doenças reumáticas: artrites, febre reumática, lúpus, esclerose múltiplas, esclerodermia, entre outras?						
7	Doenças do ouvido, nariz ou garganta: otite, surdez, rinite, desvio de septo, adenóide, colesteatoma, sinusite, amigdalite de repetição, entre outras?						
8	Doenças dos olhos: catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, ceratocome, hipermetropia, retinopatias, entre outras?						
9	Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias, "Síndrome de Down", entre outras?						
10	Doenças ortopédicas: artrose, hérnia de disco, fraturas, desvio da coluna, tendinite, bursite, osteoporose, amputação, entre outras?						
11	Doenças renais ou da bexiga: insuficiência renal, rins policísticos, pedras nos rins, diálise, anomalia do ureter, bexiga, entre outras						
12	Doenças de sangue: anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras?						
13	Doenças da pele: dermatite, pintas escuras, marcas de nascença, quelóides, psoríase, queimaduras, entre outras?						
14	Complicações decorrentes do parto: cistocele, retocele, incontinência urinária, entre outras?						
15	Hérnias: umbilical, escrotal, incisional, hiato, entre outras?						
16	Sobre peso, obesidade, obesidade mórbida?						
17	Doenças ginecológicas ou das mamas: Mioma, cisto de ovários, hemorragias, transtornos do períneo, nódulos, cistos de mama,mamas gigantes, entre outras?						
18	Genitais masculinos: fimose, próstata, testículo retrátil, doença de Peroney, hidrocele, impotência, entre outras?						
19	Doenças endócrinas ou metabólicas: diabetes, tireóide, hipófise, colesterol, ácido úrico, entre outras?						
20	Doenças neurológicas: acidente vascular cerebral, parkinson, alzheimer, esclerose múltipla, epilepsia, derrame, paralisia cerebral, desmaios, entre outras?						
21	Transtornos psiquiátricos: depressão, esquizofrenia, psicose, neurose, retardo mental, entre outras?						
22	Transtornos de comportamento por uso de drogas: álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras?						
23	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
24	Realiza ou realizou tratamento para câncer?						
25	Doenças das veias e arterias: varizes, aneurisma, trombose, hemorrágias, má circulação, entre outras?						
26	Possui marca-passo ou outra prótese interna: pinos, placas, parafusos, etc?						
27	Alguma outra doença não mencionada acima?						
28	Peso (kg)	Titular	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5
29	Altura (m)	Titular	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5

Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária

São Cristóvão saúde

QUADRO DESCRITIVO

Item	Proponente	Data Evento	Caso um ou mais proponentes apresente uma ou mais respostas positivas, especifique os detalhes: data, diagnóstico, tratamento, evolução, seqüela, situação atual e o que for importante para avaliação médica.